

PROHLÁŠENÍ OSOBY UPLATŇUJÍCÍ NÁROK

Hlášení o trvalých následcích úrazu

Hlášení o plné invaliditě z důvodu úrazu nebo nemoci

Odpovězte úplně na všechny dotazy uvedené ve formuláři 1a. Formulář 1b předejte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. K vyplněným formulářům přiložte kopie lékařských zpráv z vyšetření v průběhu léčby. Pokud se jedná o úraz, přiložte vždy kopii lékařské zprávy o prvním ošetření bezprostředně po úrazu. V případě automobilové nebo motocyklové nehody přiložte kopii policejního protokolu. Tyto dokumenty zašlete pojistiteli na výše uvedenou adresu.

Číslo pojistné smlouvy:

Jméno pojistníka (plátce pojistného):

Jméno a příjmení pojištěného(né):

Datum narození:

Rodné číslo:

Telefon:

Adresa bydliště:

PSČ:

Adresa zaměstnavatele:

Funkce:

Uveďte adresu Vašeho praktického lékaře, popř. ošetřujícího lékaře (u kterého máte kompletní zdravotní dokumentaci):

Máte uzavřenou pojistnou smlouvu s jinou pojišťovnou (uveďte název společnosti, typ pojištění a pojistnou částku):

Část A

Vyplňte v případě nároku na plnění v důsledku úrazu

Uveďte, prosím, podrobně činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:

Svědék úrazu:

Datum úrazu, místo a čas:

Jaká zranění jste utrpěl(a) následkem úrazu? Měl jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděny, ap.)? Pokud ano, popište:

Datum první návštěvy u lékaře v souvislosti s úrazem:

Jméno a adresa lékaře:

Jména a adresy dalších lékařů, kteří Vás ošetřovali v souvislosti s úrazem:

Hospitalizace

Datum přijetí:

Datum propuštění:

Název zdravotnického zařízení:

Byl Vám v důsledku úrazu přiznán plný invalidní důchod? Pokud ano, od kdy?



Část B

Vyplňte v případě nároku na plnění v důsledku invalidity následkem nemoci

Kdy se objevily první příznaky onemocnění? Uvedte datum:

Datum první návštěvy u lékaře v souvislosti s onemocněním:

Jméno a adresa lékaře:

V případě hospitalizace uveďte název a adresu zdravotnického zařízení:

Datum přijetí:

Datum propuštění:

Navštívil(a) jste již v minulosti lékaře ze stejného nebo podobného důvodu:

ANO

NE

Pokud ano, uveďte podrobné údaje (datum, popis obtíží) a jméno a adresu ošetřujícího lékaře:

Vyskytlo se podobné onemocnění u některého z členů Vaší rodiny?

Byl vám v důsledku nemoci přiznán plný invalidní důchod? Pokud ano, od kdy:

Část C

Vyplňte v případě nároku na plnění v důsledku úrazu i nemoci

Navštívil(a) jste v posledních 5 letech lékaře z jiných důvodů? Pokud ano, uveďte důvod, datum návštěvy,

jméno a adresu lékaře:

PROHLÁŠENÍ

Tímto opravňuji každého lékaře, zdravotnické zařízení nebo jinou osobu, která disponuje informacemi o mé osobě a mém zdraví, k poskytnutí informací pojistiteli nebo jeho zástupci, vztahujících se k prodělané nemoci, úrazům, pobytům ve zdravotnickém zařízení, konzultacím, lékařským nebo diagnostickým úkonům nebo léčení. Souhlasím s tím, že kopie tohoto prohlášení má stejnou platnost jako originál.

Podpis pojištěného:

(podpis zákonného zástupce, pokud se jedná o nezletilé dítě)

Datum: